

.....
(pieczęćka organizatora)

.....
(miejscowość, data)

CAZI.....
/nr w rejestrze wniosków-wypełnia PUP/

**Powiatowy Urząd Pracy
78-500 Drawsko Pom.
ul. Starogrodzka 9**

W N I O S E K O ZAWARCIE UMOWY O ZORGANIZOWANIE STAŻU

dla osób niepełnosprawnych poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu ze środków PFRON

na zasadach określonych w art. 53.1 oraz art. 53.1a i 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2019r poz. 1482) oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz. U. Nr 142, poz. 1160). Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2018r. poz.511 ze zm.).

I. Dane organizatora :

1. Nazwa firmy lub imię i nazwisko
2. Adres siedziby
3. Miejsce prowadzenia działalności:
4. Miejsce zamieszkania.....
5. Telefon/ fax/ e-mail
6. NIP, REGON, PKD/EKD
7. Forma prawna prowadzonej działalności
8. Rodzaj prowadzonej działalności
9. Data rozpoczęcia działalności
10. Liczba pracowników zatrudnionych u organizatora w dniu składania wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy :
11. Osoba upoważniona do reprezentowania organizatora i zaciągania zobowiązań umownych:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(zajmowane stanowisko)

II. Dane dotyczące miejsc pracy, na których osoby niepełnosprawne poszukujące pracy niepozostające w zatrudnieniu będą odbywać staż:

1. Liczba przewidywanych miejsc pracy, dla osób niepełnosprawnych poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu
2. Miejsce odbywania stażu:
3. Proponowany okres odbywania stażu, nie krótszy niż 3 miesiące:
 - 6 miesięcy
 - 12 miesięcy
 - inny..... m-c
4. Wymagania dotyczące predyspozycji osób odbywających staż:

Minimalne kwalifikacje niezbędne do podjęcia stażu na danym stanowisku dla osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu	Predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne	Wykształcenie

5. Imię i nazwisko oraz stanowisko opiekuna osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu :
.....
6. Opis zadań , jakie będą wykonywane podczas stażu przez osoby niepełnosprawne poszukujące pracy niepozostające w zatrudnieniu, w tym:
- nazwa zawodu lub specjalności , zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy* :
- nazwa komórki organizacyjnej.....
-
- nazwa stanowiska
-
- zakres zadań zawodowych.....
-
7. Z uwagi na charakter pracy w zawodzie..... , wnioskuję o wyrażenie zgody na realizację stażu w : niedziele i święta / w porze nocnej/ w systemie zmianowym TAK/NIE
8. Imię i Nazwisko proponowanej osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu przyjmowanej na staż oraz stopień niepełnosprawności:
.....

9.Organizator zobowiązuje się po zakończeniu stażu zatrudnić osób, na czas określony miesięcy.
Uwaga:

Osoba niepełnosprawna poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu-stażysta niebędący pracownikiem nie ponosi odpowiedzialności materialnej, czynności ujęte w opisie zadań będzie wykonywał w formie nauki i pod nadzorem wyżej wskazanego opiekuna, którego rolą jest udzielanie osobie niepełnosprawnej poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu m.in. wskazówek i pomocy w wypełnianiu powierzonych zadań oraz poświadczenie własnym podpisem prawdziwości informacji zawartych w sprawozdaniu z przebiegu stażu oraz opinii, która potwierdza nabyte kwalifikacje lub umiejętności zawodowe.

*.Zawody wg klasyfikacji zawodów i specjalności są dostępne m.in. na stronie internetowej drawskopomorskie.praca.gov.pl. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakres jej stosowania. (Dz.U. z 2018 r. poz.227).

Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 par.1 k.k., który stanowi:

„Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat trzech”.

Oświadczam, że:

1. W stosunku do Pracodawcy (organizatora stażu) nie toczy się postępowanie upadłościowe, ani likwidacyjne.
2. Nie został złożony oraz nie przewiduje się złożenia wniosku o otwarcie postępowania upadłościowego, ani likwidacyjnego Pracodawcy(organizatora stażu).
3. Dane zawarte w niniejszym wniosku są aktualne i zgodne z prawdą.

.....
(podpis organizatora)

Miejscowość, dnia

III. Załączniki do wniosku o organizację stażu:

1. Propozycja programu stażu.
2. Klauzula informacyjna RODO.

INFORMACJA

Starosta w terminie miesiąca od dnia otrzymania prawidłowo sporządzonego i kompletnego wniosku organizatora stażu, informuje go pisemnie o sposobie rozpatrzenia wniosku. W przypadku jego pozytywnego rozpatrzenia zawierana jest umowa określającą wzajemne warunki współpracy.

Wniosek rozpatrzony pozytywnie ulega przedawnieniu, jeżeli w ciągu 30 dni od daty przekazania go do realizacji nie zostanie zawarta umowa pomiędzy Organizatorem stażu, a Starostą Drawskim.

PROGRAM STAŻU

Uzgodniony pomiędzy:

Organizatorem stażu:

reprezentowanym przez:,

a Starostą Drawskim, w imieniu którego działa

Pan Henryk Andralojć – Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy w Drawsku Pomorskim

1. Imię i Nazwisko, data urodzenia, adres osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu skierowanej do odbycia stażu:

.....
.....

2. Zakres zadań, jakie będą wykonywane przez osobę niepełnosprawną poszukującą pracy niepozostającą w zatrudnieniu:

.....
.....
.....

3. Nazwa zawodu lub specjalności, której program dotyczy (zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności):

4. Nazwa komórki organizacyjnej i stanowiska pracy oraz zakres zadań zawodowych:

.....
.....

5. Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:

.....
.....
.....

6. Sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:

.....

7. Imię i Nazwisko, zajmowane stanowisko opiekuna osoby objętej programem stażu:

.....

.....
(data i podpis skierowanej osoby)

.....
(data, pieczętka i podpis organizatora)

Klauzula informacyjna
dla osób Kontrahentów i Pracodawców,
dotycząca przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z art.13 ust.1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych zwane dalej RODO) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016, str. 1) informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana/ Państwa danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Drawsku Pomorskim (zwany dalej PUP) z siedzibą przy ul. Starogrodzkiej 9, 78-500 Drawsko Pomorskie, reprezentowany przez Dyrektora PUP.
Dane kontaktowe: numer telefonu 94 363 25 19, 94 363 20 86, fax 94 363 27 34, adres email: sekretariat@ pupdrawsko.pl.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod numerem telefonu 94 363 25 19, 94 363 20 86, 94 363 67 40, adres email: sekretariat@ pupdrawsko.pl, j.krzywicka@pupdrawsko.pl.
3. PUP przetwarza Pani/Pana/Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO, przepisów ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2019 r., poz.1482), ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2018 r., poz. 511 ze zm.) **w celu realizacji usług i instrumentów rynku pracy oraz aktywizacji zawodowej osób bezrobotnych i poszukujących pracy, w tym pośrednictwa pracy w zatrudnieniu** oraz zawarcia i wykonania umowy na podstawie złożonego przez Panią/Pana/Państwa wniosku (art. 6 ust.1 lit. b RODO).
4. W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym w pkt 3, Pani/Pana/Państwa dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych, uprawnionych do ich uzyskania na podstawie obowiązujących przepisów prawa lub, z którymi PUP zawarł umowy na dostawy oprogramowania i systemów informatycznych, na świadczenie usług lekarskich, pocztowych, bankowych, prawnych, ubezpieczeniowych.
5. Pani/Pana/Państwa dane osobowe nie będą przechowywane dłużej, niż jest to konieczne dla celu, dla którego zostały zebrane i w czasie określonym przepisami prawa.
W przypadku zgłoszenia krajowej oferty pracy, umowy 5 lat/10 lat, a w ramach projektów unijnych zgodnie z warunkami umowy lub zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt, który określa szczegółowo okresy przechowywania dokumentacji oraz do czasu wycofania zgody na przetwarzanie danych.
6. W związku z przetwarzaniem przez PUP Pani/Pana/Państwa danych osobowych, przysługuje Pani/Panu/Państwu:
 - a) prawo dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO;

- b) prawo do sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;
 - c) prawo do usunięcia danych, na podstawie art. 17 RODO;
 - d) prawo do ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO;
 - e) prawo do przenoszenia danych, na podstawie art. 20 RODO.
7. W przypadku uznania, że przetwarzanie przez PUP Pani/Pana/Państwa danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu/Państwu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Dane osobowe przetwarzane przez PUP na podstawie RODO nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO.
9. PUP nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego, ani organizacji międzynarodowej.
10. Podanie przez Panią/Państwa danych osobowych jest wymogiem ustawowym, warunkiem zawarcia umowy oraz dobrowolne, jednak niezbędne do realizacji zadań dotyczących aktywizacji zawodowej wynikających z ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2019 r., poz. 1482), ustawy dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2018 r., poz. 511 ze zm.).
W przypadku niepodania danych osobowych nie może nastąpić realizacja ww. zadań.

.....
(data)

.....
(podpis osoby przyjmującej do wiadomości niniejszą klauzulę informacyjną)